

Dekolman Plasenta Olgularının Retrospektif Değerlendirilmesi

Ertan Adalı, Recep Yıldızhan, Ali Kolusarı, Mertihan Kurdoğlu, Numan Çim, Çağdaş Özgökçe, Hanım Güler Şahin, Mansur Kamacı

Özet

Amaç: Kliniğimizde plasenta dekolmanı tanısı almış hastaları maternal özellikleri, risk faktörleri ve neonatal sonuçları açısından değerlendirmesi amaçlandı.

Yöntem: Aralık 2005 - Ocak 2009 tarihleri arasındaki 55 plasenta dekolmanı olgusu bu retrospektif çalışmaya katıldı. Anne yaşı, gravida, parite, gebelik haftası, hemotokrit değeri, kan transfüzyonu, doğum şekli, maternal komplikasyonlar, doğum ağırlığı, cinsiyet, apgar skoru ve fetal sonuçlar değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 30.18 ± 6.60 'dır. Gravida ve parite ortalamaları sırasıyla 5.83 ± 3.41 ve 4.21 ± 3.25 olarak bulundu. Hastaların % 58'i vajinal yoldan doğurmuştur. Hastaların ortalama gebelik haftaları 31.36 ± 4.62 'dir. Ortalama doğum ağırlıkları $2153,82 \pm 9,57$ 'dir. İntrauterin veya erken neonatal ölüm oranı % 61'dir.

Sonuç: Plasenta dekolmanı yüksek maternal ve perinatal mortalite ve morbitide oranları ile karakterize bir klinik tablodur.

Anahtar kelimeler: Gebelik, fetal sonuçlar, sezaryen, plasenta dekolmanı.

Plasenta dekolmanı, fetusun doğumundan önce, desidua basalis içine olan kanama sonucunda plasentanın uterusu implante olduğu alandan tam ya da kısmi ayrılması olarak tanımlanabilir (1). Üçüncü trimester kanamalarının en önemli nedenlerinden biri olup, maternal ve perinatal mortalite ve morbitideyle ilişkili gebeliğin ciddi bir komplikasyonudur. Tüm gebeliklerin yaklaşık %1-2'sinde meydana gelir (2). Etiyolojisi tam olarak bilinmez, fakat birçok predizpozan risk faktörleri tanımlanmıştır. Bunlar arasında, artmış maternal yaş ve parite, preeklamps, kronik hipertansiyon, erken membran rüptürü, koryoamnionit, travma, trombofili, uterin myomlar, önceki dekolman plasenta öyküsü, sigara ve kokain kullanımı sayılabilir (3-8). Tanı, genellikle klinik olarak konur. Sıklıkla karşılaşılan klinik bulgular arasında, vajinal kanama, uterin hipertoni, hassasiyet ve ağrı, idiyopatik preterm doğum sancıları, fetal stres ve ölüm sayılabilir (9). Plasenta dekolmanı ile ilişkili maternal risk faktörleri arasında, aşırı kan

kaybı, yaygın damariçi pıhtılaşma, böbrek yetmezliği ve maternal ölüm sayılabilir (10).

Çalışmamızın amacı plasenta dekolmanı tanısı ile kliniğimizde yatan hastaların, maternal özellikleri, risk faktörleri ve neonatal sonuçları açısından değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde, Aralık 2005 - Ocak 2009 tarihleri arasındaki 4 yıllık sürede, 500 gr. üzerinde çocuk doğuran kadınlar arasından 55 plasenta dekolman olgusu retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm bilgiler hasta dosyaları ve bilgisayar kayıtlarından elde edildi. Plasenta dekolmanı tanısı vajinal kanama, uterin ağrı, obstetrik ultrasonografide plasental heterojenite veya kalınlaşmanın görülmesiyle kondu.

Tablo 1. Dekolman plasentalı hastaların dermografik özellikleri.

Yaş (yıl)	Gravida (n)	Parite (n)	Gebelik haftası
30.18±6,60	5,83±3.41	4.21±3.25	31.36±4.62

Değerler ortalama ± standart sapma olarak belirtilmiştir.

YYÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D. Van.

Yazışma Adresi: Yrd. Doç. Dr. Ertan ADALI

YYÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D. Van

e-mail: ertanadali@yahoo.com

Tablo 2. Dekolman plasentalı hastaların klinik özellikleri.

NSD-C/S n (%) - n (%)	Hipertansif bozukluklar n (%)	Transfüzyon gereksinimi n (%)	DİC n (%)
32 (58) – 23 (42)	17 (30)	34 (62)	19 (35)

NSD, normal spontan doğum; C/S, sezaryen/seksiyo; DIC, dissemine intravasküler kuagülasyon Değerler sayı, oran veya ortalama $\pm$ standart sapma olarak belirtilmiştir.

Bununla birlikte, doğum sonrası plasentanın makroskopik bakışı sonucu retroplasental kanama yada pıhtının görülmesi ile tanı kesinleştirildi. Gebeler yaş dağılımı, gravida ve parite, gebelik haftası, başvuru sırasındaki hematokrit değeri, kan transfüzyonu ihtiyacı, doğum haftası, doğum şekli ve maternal komplikasyonlar açısından, fetüsler ise cinsiyet, doğum ağırlığı, apgar skoru ve fetal sonuçlar bakımından değerlendirildi. Elde edilen veriler bilgisayarda SSPS programı kullanılarak analiz edildi. Sonuçlar istatistiksel olarak sayı ve yüzde değerleri olarak gösterildi.

Tablo 3. Plasenta dekolmanı gelişen olguların yaş belirtilmiştir.

	Olgu sayı	Olgu yüzdesi
20 yaş altı gebeler	4	7
21-25 yaş arası gebeler	11	20
26-30 yaş arası gebeler	15	27
31-35 yaş arası gebeler	15	27
35 yaş üstü gebeler	10	19

Değerler sayı ve oran olarak belirtilmiştir.

Bulgular

Çalışmamızda toplam 55 hasta değerlendirildi. Hastaların yaş ortalamaları 30.18 ± 6.60 'dır. Gravida ve parite ortalamaları sırasıyla 5.83 ± 3.41 ve 4.21 ± 3.25 olarak bulundu. Hastaların ortalama gebelik haftaları 31.36 ± 4.62 'dir. Hastaların % 58'inin vajinal yoldan doğduğu saptandı. Kronik hipertansiyon ya da preeklampsiye sahip gebelerin oranı % 30 olarak bulundu. Hastaların % 35'inde DIC (dissemine intravasküler kuagülasyon) tablosu geliştiği saptandı. Hastaların % 60'ına transfüzyon yapılmıştı (Tablo 1, 2). Gebeler yaş dağılımları açısından değerlendirildiklerinde, % 74'ünün 25-35 yaş arasında olduğu saptandı (Tablo 3). Hastaların

Tablo 4. Olguların gravida ve parite dağılımları.

	Olgu sayı	Olgu yüzdesi
Gravida 1 olan gebeler	11	20
Gravida 2 – 4 arası olan gebeler	7	13
Gravida 5 ve üstü olan gebeler	37	67
Parite 0 ve 1 olan gebeler	14	26
Parite 2 – 4 arası olan gebeler	14	26
Parite 5 ve üstü olan gebeler	27	48

Değerler sayı ve oran olarak belirtilmiştir.

sırasıyla % 67'si ve % 48'i 5 ve üstü gravida ve pariteye sahipti (Tablo 4). Dekolman plasenta olgularının gestasyonel yaşa göre %40'ı 29. gebelik haftasından küçükdü (Tablo 5). Fetal ve neonatal sonuçlara baktığımızda; doğan bebeklerin % 55'inin erkekti. Bebeklerin ortalama doğum ağırlıklarının $2153,82 \pm 9,57$ gr olduğu saptandı. 1.dakika ve 5. dakika apgar skoru ortalamaları sırasıyla 2.0 ve 2.9 idi. İntrauterin veya erken neonatal ölüm oranı % 61 bulundu (Tablo 6).

Tablo 5. Olguların gebelik haftalarına göre dağılımı

	Olgu sayı	Olgu yüzdesi
29. gebelik haftasının altı	22	40
30 – 34. gebelik haftası arası	17	30
35. gebelik haftasının üstü	16	30

Değerler sayı ve oran olarak belirtilmiştir.

Tablo 6. Doğan bebeklerin özellikleri.

Cinsiyet	Ortalama yenidoğan ağırlığı (gram)	1.dakika	5. dakika	İntrauterin ya da erken neonatal ölüm
Kız-erkek		Apgar	Apgar	n (%)
n (%) – n (%)		Skoru	Skoru	
25 (45) – 30 (55)	2153,82±9.57	2.0	2.9	34 (61)

Değerler sayı, oran veya ortalama ± standart sapma olarak belirtilmiştir.

Tartışma

Plasenta dekolmanı ilk defa 1775’de tanımlanmış olup, anormal küçük uterin arterial damarlardan desidua bazalis içine kanama olarak tarif edilmiştir (11). Gerçek nedeni tam olarak bilinmesede, yetersiz trofoblastik invazyon sonucunda kötü vaskülarizasyonun etyolojide rol oynadığı düşünülmektedir (12).

Maternal yaş, gravida ve parite ile plasental dekolman riski arasında yakın ilişki saptanmıştır (2, 13). Parite artıkça plasenta dekolmanı görülme riski artmaktadır (14, 15). Yine maternal yaş artıkça plasenta dekolmanı görülme olasılığının arttığı rapor edilmiştir (16). Ancak bu artışın yaşa bağımlı olmayıp, artmış parite (>3 doğum) ile ilişkili olduğu söylenmektedir (1, 17). Bizim bulgularımızda, bu literatürler ile uyumludur. Özellikle, gravida ve paritesi 5’in üzerinde olan gebeler çalışmadaki olguların yarısından fazlasını oluşturdu.

Gebelikte görülen hipertansif bozukluklar (preeklampsi, süperempoze preeklampsi, kronik hipertansiyon) plasenta dekolmanı oluşumu için majör risk faktörüdür (2, 14). Ananth ve ark. (18) kronik hipertansif hastalarda ablasyo plasenta riskinin artmadığını, ancak şiddetli preeklampsi ve kronik hipertansiyona süperempoze preeklampside riskin arttığını göstermişlerdir. Yine aynı yazarlar, hipertansif bozukluklar ile dekolman plasenta arasındaki ilişkinin parite ile değiştiğini ve yüksek pariteli hipertansif gebelerde daha sık dekolman plasenta geliştiğini vurgulamışlardır. Literatürde preeklampside plasenta dekolmanı riskinin 2,5 kat arttığı, yine plasenta dekolmanı gelişen gebelerinde yaklaşık % 18,75’inde gebeliğin hipertansif hastalıklarının görüldüğü belirtilmiştir (19,20). Bizim bulgularımıza göre, dekolman plasentalı olguların % 30’u preeklampsi yada kronik hipertansiyona sahipti.

Plasenta dekolmanı düşük doğum ağırlığı, preterm doğum, ölü doğum ve erken neonatal mortalite ile yakından ilişkilidir (21). Ölü doğum insidensi ve perinatal mortalite oranları plasentanın ayrılma derecesine ve gestasyonel

haftaya bağlıdır. Özellikle plasentanın % 50’den fazla ayrılması ölü doğum oranlarını ciddi biçimde artırmaktadır (2). Yine, gestasyonel hafta neonatal surveyde oldukça önemlidir. Plasenta dekolmanı nedeniyle perinatal ölümlerin yaklaşık % 55’i erken doğum nedeniyle meydana gelmektedir (22). Tikkanen ve ark. (23) yapmış oldukları bir çalışmada plasental dekolmanı vakalarının % 59’unun preterm doğuma, % 25’i ise intrauterin gelişme geriliğine sahip olduğunu belirtmişlerdir. Bir başka çalışmada, plasenta dekolman nedeniyle preterm doğum oranı % 36,9 olarak bulunmuştur (21). Ananth ve ark. (22) yapmış olduğu bir çalışmada, düşük doğum ağırlığına (<2500 gr) sahip infant doğumu % 46 olarak bulunmuşlardır. Çalışmamızda olguların ortalama doğum haftası 31.3 olarak bulunmuştur. Gebelik haftası dağılımlarına bakıldığında, plasental dekolmanı vakalarının % 40’ı 29.gebelik haftasının altındadır. Buna paralel olarak ortalama yenidoğan ağırlıkları 2153,82 gr olarak bulunmuştur. Çalışmamızda intrauterin ya da erken neonatal ölüm oranı % 61 bulunmuştur.

Dekolman plasentalı gebeler, maternal veya fetal iyilik halinin bozan ve sezaryen gerektirecek bir endikasyon yoksa normal vajinal yoldan doğurtulmalıdır. Çalışmamızda plasental ablasyonu hastaların % 42’si sezaryen ile doğurtulmuştur. Bu oran Tikkanen ve ark. (23) tarafında sunulan çalışmada % 90’dır. Sezaryen oranlarındaki bu artış, ultrasonografinin rutin uygulanması ve şüpheli durumlarda hastaların yakından izlenmesi ile kötü fetal/maternal sonuçları engellemek amacıyla yapılan erken müdahalelere bağlı olabilir. Her ne kadar sezaryen doğumlar neonatal mortaliteyi azaltsa da, plasenta dekolmanında fetusların % 79’unun hastaneye geldiklerinde intrauterin ölmüş olduğu saptanmıştır (24).

Plasenta dekolmanı gelişen gebeliklerde görülen en ciddi komplikasyonlardan biri DIC’dir. Plasenta fetal ölüme neden olacak kadar ayrılmış ise bu hastalarda DIC gelişme olasılığı yüksektir. Yapılan bir çalışmada şiddetli plasental dekolman nedeniyle hastaların % 35’inde DIC meydana gelmiştir (1). Bizim hastalarımızın da %

35'inde DIC saptadık. DIC nedeniyle oluşan kuagulopatinin tedavisinde taze tam kan ve taze donmuş plazma replasmanı ile eksilen faktörler yerine konulmaya çalışılır. Bu nedenle plasenta dekolmanlı hastaların trasfüzyon ihtiyacı artar. Bulgularımıza göre hastalarımızın % 62'sine transfüzyon (tam kan yada taze donmuş plazma) yapıldığını saptadık.

Sonuç olarak, plasenta dekolmanı yüksek maternal ve perinatal mortalite ve morbitide oranları ile karakterize bir klinik tablodur. Bölgemizde yüksek doğurganlık hızı, ileri yaş gebeliği ve yetersiz antenatal takip nedeniyle plasenta dekolmanı halen ciddi bir sorun olarak devam etmektedir.

The Retrospective Analysis of Patients with Abruptio Placentae

Abstract

Object: To determine maternal features, risk factors and neonatal outcome in women who diagnosed to abruptio placentae at our clinic

Method: Fifty-five patient with abruptio placentae between December 2005 and Januar 2006 were included in the retrospective study. Maternal age, gravida, parity, gestational age, hematocrite value, blood transfusion, the type of delivery, maternal complications, birth weight, gender, apgar scores, fetal outcome were evaluated.

Results: Mean age of the patient were 30.18 ± 6.60 . Mean of gravida and parity was 5.83 ± 3.41 and 4.21 ± 3.25 , respectively. The ratio of vaginal delivery was 58%. Mean of gestational age was 31.36 ± 4.62 . Mean of birth weight was $2153,82 \pm 9,57$. Intrauterine or early neonatal mortality ratio was 61%.

Conclusion: Abruptio placentae was an important clinic problem. It is associated with a high maternal and perinatal mortality and morbidity.

Key words: Pregnancy, fetal outcome, cesarean section, abruptio placentae.

Kaynaklar

- Konje JC, Taylor DJ. Bleeding in late pregnancy. In: James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B, editors. High risk pregnancy, second edition. Edinburgh, UK: WB Saunders Co, 2000:111-128.
- Hladky K, Yankowitz J, Hansen WF. Placental abruption. Obstet Gynecol Surv 2002; 57:299-305.
- Ananth CV, Savitz DA, Williams MA. Placental abruption and its association with hypertension and prolonged rupture of membranes: a methodologic review and metaanalysis. Obstet Gynecol 1996; 88: 309-318.
- Smulian JC, ShenSchwarz S, Vintzileos, AM, Lake MF, Ananth CV. Clinical chorioamnionitis and histologic placental inflammation. Obstet Gynecol 1999; 94: 1000-1005.
- Pearlman M D, Tintinalli JE, Lorenz RP. A prospective controlled study of outcome after trauma during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1990; 162: 1502-1507.
- Ulander VM, Wartiovaara U, Hiltunen L, Rautanen A, Kaaja R. Thrombophilia: a new potential risk factor for cervical insufficiency. Thromb Res 2006; 118:705-708.
- Ananth CV, Cnattingius S. Influence of maternal smoking on placental abruption in successive pregnancies: a populationbased prospective cohort study in Sweden. Am J Epidemiol 2007; 166: 289-295.
- Cunningham F, Gant N, Leveno K, et al. Common complication of pregnancies. Williams Obstetrics 21 ed Mc Grow Hill Company 2001.
- Baron F, Hill WC. Placenta previa, placenta abruptio. Clin Obstet Gynecol 1998; 41, 527-532.
- Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. Obstet Gynecol 2006;108: 1005-1016.
- Eskes TK. Abruptio placentae. A "classic" dedicated to Elizabeth Ramsey. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997;75: 63-70.
- Domisse J, Tiltman AJ. Placental bed biopsies in placental abruption. BJOG 1992; 99:651-654.
- Ananth CV, Wilcox AJ, Savitz DA . Effect of maternal age and parity on the risk of uteroplacental bleeding disorders in pregnancy. Obstet Gynecol 1996;88:511-516.
- Abu-Heija A, al-Chalabi H, el-Iloubani N. Abruptio placentae: risk factors and perinatal outcome. J Obstet Gynaecol Res 1998 ;24:141-144.
- Huang CY, Hwang SS, Chiang JH, et al. Abruptio Placentae Analysis of 208 cases . J Formosan Med Assoc 1987; 86:1215-1219.
- Raymond EG, Mills JL. Placental abruption. Maternal risk factors and associated fetal fetal conditions. Acta Obstet Gynecol Scand 1993; 72:633-39.
- Baumann P, Blackwell SC, Schild C, Berry SM, Friedrich HJ. Mathematic modeling to predict abruptio placentae. Am J Obstet Gynecol 2000; 183: 815-822.
- Ananth CV, Savitz DA, Bowes WA, Luther ER. Influence of hypertensive disorders and cigarette smoking on placental abruption and uterine bleeding during pregnancy. BJOG 1997;104: 572-578.
- Abdella TN, Sibai BH, Hays JM, Anderson GD. Relationship of hypertensive disease to abruptio placenta. Obstet Gynecol 1984; 63:365-370.
- Farooq S, Abbasi RM, Rizwan N, Mumtaz F. Feto maternal outcome among Abruptio

- Placentae cases at a university hospital of Sindh. J Liaquat Uni Med Health Sci 2008;7:106-109.
- 21 Ananth CV, Berkowitz GS, Savitz DA . Placental abruption and adverse perinatal outcomes. JAMA 1999;282:1646–1651.
- 22 Ananth CV, Wilcox AJ. Placental abruption and perinatal mortality in the United States. Am J Epidemiol 2001;153: 332-337.
- 23 Tikkannen M, Nuutila M, Hiilesmaa V, Paavonen J, Ylikorkala O. Clinical presentation and risk factors of placental abruption. Acta Obstetrica et Gynecologica 2006; 85:700-705.
- 24 Kale A, Ecer S. Dekolman plasenta olgularının retrospektif analizi ve normal gebelerle karşılaştırılması. Dicle Tıp dergisi 2005;32:161-164